

健康診断 受診申し込み
 当院担当 () 宛

下の各欄に、正しくご記入の上、Fax(820-1255) あてに送信ください。
 特にお名前のフリガナは、ご本人にも一度ご確認をお願い致します。

事業所名		御社 ご担 当		電話 - -	Fax - -
住所	〒			希望健診コース	・企業健診（定期健診Ⅰ ¥3,300 ・定期健診Ⅱ ¥6,600） ・人間ドック ¥33,000 ・協会けんぽ制度利用健診 ・その他（
お支払方法	会社へ請求書を送付 ・ 当日支払 その他（ ※初回の場合は当日支払いとなります		問診書等 発送先	会社 ・ 自宅 ・ その他（	
結果送先	会社 ・ 自宅 ・ その他（				

※希望日は出来るだけ第3希望までご記入ください。

No	フリガナ 氏名 旧姓	性別	生年月日	住所	電話	受診希望日	受診希望日	受診希望日	オプション等
1	たかす しじじよ 山田 太郎	男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	
2		男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	
3		男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	
4		男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	
5		男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	
6		男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	
7		男・女	T S H 年 月 日	〒	() -	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	月 日 ・午前 ・午後	

フリガナは正確にお願いします！

勤医協 札幌病院 健診課 TEL 011-820-1254 Fax 011-820-1255